



ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

DEFUNCIÓN FETAL

- 2010

Form. EV - 4

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

Oficina No.

2) PROVINCIA:

CANTÓN: PARROQUIA URBANA:

PARROQUIA RURAL:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año Mes Día

4) Acta de Inscripción N°.

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

5) SEXO	6) FECHA DE OCURRENCIA	7) OCURRIDO EN	8) ASISTIDO POR	9) TIPO DE EMBARAZO	10) LUGAR DE OCURRENCIA
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/>	Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3 Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4 Casa <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6	Médico <input type="checkbox"/> 1 Obstetiz <input type="checkbox"/> 2 Enfermera <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Partera Calificada <input type="checkbox"/> 5 Comadrona No calificada <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7	Simple <input type="checkbox"/> 1 Doble <input type="checkbox"/> 2 Triple <input type="checkbox"/> 3 Cuádruple o más <input type="checkbox"/> 4	Provincia <input type="text"/> Cantón <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/> Parroquia rural <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periérica <input type="checkbox"/> 3 </div>
12) PERÍODO DE GESTACIÓN, EN SEMANAS <input type="text"/> <input type="text"/>		13) CAUSA QUE OCASIONÓ LA DEFUNCIÓN FETAL <input type="text"/>			

(B) DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS	ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	22) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
15) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/> <input type="text"/>	20) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 ↓	Provincia <input type="text"/> Cantón <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/> Parroquia rural <input type="text"/> Localidad <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Uso INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periérica <input type="checkbox"/> 3 </div>
16) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE ? <input type="text"/> <input type="text"/>	21) NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
17) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha de ocurrido el hecho) <input type="text"/> <input type="text"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> 0	
18) ¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS? (Incluyendo al que registra) <input type="text"/> <input type="text"/>	Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1	
19) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9	Primaria <input type="checkbox"/> 2	
	Secundario <input type="checkbox"/> 3	
	Educación Básica <input type="checkbox"/> 4	
	Educación Media <input type="checkbox"/> 5	
	Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6	
	Superior <input type="checkbox"/> 7	
	Postgrado <input type="checkbox"/> 8	
	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
		23) ÁREA Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2

(C) INFORMACIÓN GENERAL

25) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL Nombres y Apellidos <input type="text"/> Dirección de la consulta o domicilio <input type="text"/> N° Teléfono <input type="text"/> Ciudad o Parroquia Rural - Provincia <input type="text"/> Firma <input type="text"/>	26) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL: Nombre del Establecimientos de Salud <input type="text"/> Ciudad o Parroquia Rural <input type="text"/> Dirección y N° Teléfono <input type="text"/>	OBSERVACIONES: Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el nacimiento ocurrido. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL

El Informe Estadístico de Defunción Fetal, constituye el requisito indispensable para el registro de este hecho vital en la Oficinas del Registro Civil.

DEFINICIÓN DE DEFUNCIÓN FETAL.- Se entenderá por defunción fetal a la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO?.-

Cuando la defunción fetal ocurra con atención de médico, obstetrix o enfermera, y en un establecimiento de salud, el Informe Estadístico de Defunción Fetal deben llenar dichos profesionales en todo su contenido, a excepción de los espacios destinados para USO INEC y los numerales del 1 al 4 que debe llenar el funcionario de la Oficina del Registro Civil.

Si la defunción fetal ocurre sin atención profesional, el Informe Estadístico debe llenar un funcionario de salud con las mismas condiciones anteriores, dejando en blanco el numeral 26.

En los lugares donde no haya funcionario de salud, el Informe Estadístico llenará el Jefe de Registro Civil en todo su contenido conservando en blanco el numeral 26.

En cualquiera de los casos el Informe Estadístico de Defunción Fetal, se llenará por duplicado, a máquina o con letra clara, legible, en imprenta y sin borrones ni enmendaduras. El original debe archivar en la oficina de Registro Civil y el duplicado se enviará al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Para llenar el informe Estadístico de Defunción Fetal, proceda de la siguiente manera:

- 1) Anote el nombre de la capital de provincia, cabecera cantonal o parroquia u oficina en donde se encuentra la Oficina del Registro Civil.
- 2) Escriba el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural en donde está ubicada la oficina en la que se registra la defunción fetal.
- 3) En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en el que se efectúa el registro de la defunción fetal.
- 4) Anote el número de registro de la defunción fetal, empezando con el número (1) la primera defunción fetal informada en el año, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ningún número hasta el 31 de diciembre del mismo año.

(A) DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL

- 5) **Sexo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo.
- 6) **Fecha de ocurrencia.-** En las casillas correspondientes, anote el año, mes y día en que ocurrió la defunción fetal.
- 7) **Ocurrido en.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al establecimiento o lugar donde se produjo la defunción fetal:
En establecimiento del Ministerio de Salud.- Se marcará cuando la defunción fetal, haya ocurrido en cualquier casa de salud perteneciente a dicho Ministerio.
En establecimiento del IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL), se marcará el hecho ocurrido en sus establecimientos.
En Otro establecimiento del Estado, se marcará si ocurrió en hospitales de las Fuerzas Armadas, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Municipio, etc.
En Hospital, Clínica o Consultorio Particular, se marcará si el hecho se produjo en un establecimiento del sector privado.
En casa, se marcará cuando el hecho haya ocurrido en un domicilio particular.
En Otro, se marcará cuando el hecho haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados, como vehículo, vía pública, etc.
- 8) **Asistido por.-** Según el caso, marque con una "X" la casilla correspondiente, se marcará Otro (7), para casos diferentes a las casillas 1 a 6, el que se incluye por ejemplo: colaboración voluntaria, familiares o la misma madre.
- 9) **Tipo de Embarazo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al tipo de embarazo. Si es un embarazo doble, los dos niños nacieron muertos, se elaborarán dos informes uno por cada defunción fetal. Si el embarazo es triple y los tres niños nacieron muertos, se elaborarán tres informes. Proceda en igual forma para cuádruples o más.
- 10) **Lugar de Ocurrencia.-** Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia rural o localidad donde ocurrió la defunción fetal.
- 11) **Área.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.
- 12) **Período de gestación en semanas.-** Anote el período de gestación (tiempo de embarazo), en semanas completas.
- 13) **Causa que ocasionó la defunción fetal.-** Escriba la causa original o básica que produjo la defunción fetal, la misma que debe ser informada por el profesional que atendió el hecho. En caso de no haber atención profesional, anote la causa que presumiblemente ocasionó esta defunción.

(B) DATOS DE LA MADRE

- 14) **Nombres y apellidos.-** Escriba los nombres y apellidos completos de la madre.
- 15) **Edad de la madre.-** Anote en las casillas correspondientes, la edad (años cumplidos) de la madre, a la fecha en la que ocurrió la defunción fetal.
- 16) **¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?.-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos actualmente vivos. Si no hay ninguno, anote 00.
- 17) **¿Cuántos hijos que nacieron vivos han muerto? (a la fecha de ocurrido el hecho).-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que han nacido vivos, pero que ya han fallecido. Cuando no haya ninguno, anote 00.
- 18) **¿Cuántos hijos nacieron muertos? (Incluyendo el que registra).-** Anote en las casillas correspondientes el número de hijos que nacieron muertos, incluyendo el que registra. Si el que registra es el primer hijo nacido muerto, anote 01.
- 19) **¿Recibió atención profesional durante este embarazo ?.-** Indique si la madre del nacido muerto, recibió o no atención profesional (médico, obstetrix, enfermera) durante el embarazo, marcando con una "X" lo correspondiente, si Se Ignora o se desconoce marque la casilla (9).
Alfabetismo e Instrucción.-
- 20) **¿Sabe leer y escribir? Marque con una "X" la casilla correspondiente.**
- 21) **Nivel de Instrucción .- Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción aprobado por la madre.**
- 22) **Residencia habitual de la madre.-** Escriba el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia rural o localidad donde reside habitualmente la madre.
- 23-24) **Área,** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.

(C) INFORMACIÓN GENERAL

- 25) **Datos de la persona que atendió la defunción fetal.-** Si la defunción fetal fue atendido por un profesional o un NO profesional haga constar los nombres y apellidos, dirección de la consulta o domicilio, N°. de teléfono, ciudad o parroquia y firma de la persona que atendió la defunción fetal.
- 26) **Establecimiento de salud donde ocurrió la defunción fetal.-** Cuando la defunción fetal ocurrió en un establecimiento de salud, escriba con claridad el nombre de dicho establecimiento, su dirección y ciudad.

OBSERVACIONES: Si se desea hacer alguna aclaración, utilice el espacio disponible para el efecto.

No coloque el sello del establecimiento de salud o de la oficina de Estadística, en los lugares donde se anota la información.